Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2021; 41(140): 51-67
doi: 10.4321/S0211-57352021000200003

Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría

Euthanasia, assisted suicide, and psychiatry

José Manuel Bertolín-Guillén

Doctor y licenciado en Medicina y Cirugía, Médico Especialista en Psiquiatría, licenciado en Psicología. Consultorio propio. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Departamento de Salud (retirado), Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España.

Correspondencia: jmbertolin@comv.es

Recibido: 24/5/2021; aceptado con modificaciones: 4/10/2021

Resumen: En la actualidad la eutanasia está legalmente regulada en varios países de distintos continentes y en España lo está por la vigente Ley Orgánica 3/2021. El presente trabajo es un estudio monográfico y de reflexión teórica basado en un análisis amplio y riguroso de la legislación y de la literatura biomédica internacional, pero no pretende ser una revisión bibliográfica al uso. Según la OMS (o la WMA), para que sea posible la eutanasia en cualquiera de sus formas es necesaria la intervención médica, al igual que para el suicidio asistido y la sedación paliativa. Con la Ley 3/2021 en las eutanasias activa y pasiva habrá de intervenir necesariamente el denominado médico responsable y pueden participar otros médicos denominados consultores. Según esta Ley el médico consultor basta con que tenga "formación" en el ámbito de la patología en cuestión, no que sea especialista titulado, con lo que cada cual podrá considerar a su criterio si cumple con la capacitación que debe declarar. A pesar de sus importantes limitaciones, omisiones y ambigüedades potencialmente conflictivas, la Ley 3/2021 parece en conjunto oportuna, adecuada en su esencia y básicamente no sesgada.

Palabras clave: eutanasia, suicidio asistido, trastorno mental, psicología clínica, medicina legal.

Abstract: At present, euthanasia is legally regulated in several countries in different continents. In Spain, it is regulated by the current organic law 3/2021. This work is a monographic and theoretical reflection study based on a wide and rigorous analysis of the law and the international biomedical literature, but it does not intend to be a bibliographic review in any way. According to the World Health Organization, the medical intervention is needed for any way of euthanasia to be possible as well as for assisted suicide and palliative sedation. From what the law says, the training on the sphere of the pathology in question is enough to be a consultant doctor. To be a certified specialist is not needed, so each consultant may consider at their discretion if they fulfil the qualification to be declared. Despite its important limitations, omissions and potentially controversial ambiguities, the law 3/2021 seems to be opportune, suitable in essence and basically non biased.

Key words: euthanasia, assisted suicide, mental disorder, clinical psychology, legal medicine.

Introducción

En la actualidad la eutanasia, llamada por algunos "buena muerte" y por otros "matanza médica", "homicidio asistido" u "homicidio por compasión", está legalmente regulada en territorios como Países Bajos (Holanda, 2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2016) y en los Estados australianos de Victoria (2017) y de Australia Occidental (2019). En EE. UU. la eutanasia es ilegal, pero algunos Estados han regulado el suicidio asistido. En España la eutanasia y el suicidio asistido son legales desde junio del año en curso (2021).

Recordemos que en la eutanasia un profesional sanitario tendrá que provocar la muerte de la persona que ha pedido ayuda para morir. En el suicidio asistido es la persona que desea morir quien pone fin a su vida, habitualmente mediante la ingesta de un fármaco que sea letal. En este caso, la tarea del médico será dispensar o prescribir la receta del medicamento en cuestión.

En Alemania, en 2020 el Tribunal Constitucional declaró que el art. 217 de su Código Penal, que desde 2017 prohibía la eutanasia, era incompatible con la Constitución. Está pendiente de aprobación en Colombia desde 2014 y acaba de ser legal en Nueva Zelanda desde noviembre de 2021. Nueva Zelanda se convierte así en el primer país del mundo en aprobar con un referéndum el suicidio asistido, tras un prolongado debate parlamentario.

También en otros países se tolera el denominado por casi todos "suicido asistido" o, mejor aún y más correctamente, "suicidio médicamente asistido" (en adelante utilizaremos preferentemente para abreviar la primera expresión). Por suicidio se

entiende, tal como es definido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de la American Psychiatric Association, “el acto de causar de forma intencionada la propia muerte”. En Canadá se ha preferido la denominación de “asistencia médica en la muerte” y en España la de “prestación de ayuda para morir”. En ambos casos se ha eliminado la palabra suicidio del texto legal.

En nuestro país la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regula la eutanasia “activa” al crear la eutanasia como nuevo derecho individual. Su aplicación se incluye en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la defunción se considerará como natural. Podrá ser realizada en centros sanitarios públicos, privados o concertados, así como en el domicilio. Desde el 25 de junio de 2021 ya está en vigor la Ley, aunque ha sido recurrida ante el Tribunal Constitucional por presunta vulneración de los art. 168 y 169 de la Constitución, recurso que se ha admitido a trámite en septiembre.

Dicha Ley permite, sin nombrarlo así, el suicidio asistido por un profesional sanitario. En cualquier caso, habrá que esperar a la redacción del correspondiente Manual de Buenas Prácticas que ha de elaborar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En la Ley se regulan también las Comisiones de Garantía y Evaluación que se deben crear en todas las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla. Por otra parte, la Ley 4/2017 del Gobierno de España, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, ratifica el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos y a la formulación de instrucciones previas.

Material y método

Este trabajo no pretende ser una revisión bibliográfica convencional, sino el abordaje monográfico y también práctico de un asunto muy relevante de especial actualidad y trascendencia profesional, jurídica y mediática, como es la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, referencia: BOE-A-2021-4628.

La presente aportación es un estudio amplio narrativo, actual, especializado, crítico, estructurado y lo más objetivo que ha sido posible. Para ello hemos consultado de modo principal, pero no únicamente, los más cualificados repositorios, repertorios, índices y bases de datos que se enumeran en el párrafo siguiente. Se han rastreado hasta junio de 2021 las palabras clave: *euthanasia* y *assisted suicide,* o bien: eutanasia y suicido asistido.

Índices consultados: 1) PUBMED, US National Library of Medicine, National Institute of Health= 4240 artículos hallados; 2) Scientific Literature (SCILIT Indexing)= 2094 artículos. 3) ÍnDICEs CSIC, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, de España= 51 artículos; 4) American Psychological Association (PSYCINFO JOURNAL)= 30 artículos; 5) Excerpta Medica Data Base/

EMBASE (University of Kansas Medical Center)= 28 artículos; y 6) Sistema de Información Científica REDALYC= 17 artículos.

El total de publicaciones encontradas es de 6460, muchas de ellas repetidas en distintos repertorios, a las que hay que añadir las obtenidas de fuentes biomédicas y psicológicas secundarias, así como las más específicamente jurisprudenciales, además de libros y guías. Hemos seleccionado para ser operativos las aportaciones más importantes (considerando las revistas por su factor o índice de impacto, principalmente), objetivas y las más recientes, lo que da un resultado final de cincuenta y una referencias de variados enfoques.

Los artículos no seleccionados se han rechazado en esencia, entre otras razones, por ser más antiguos o redundantes en sus títulos, ser de revistas poco relevantes, tener datos incompletos, análisis deficientes, ser previos a una revisión o análisis posterior apropiados incluidos en nuestra presente aportación, tener metodología inadecuada o ser trabajos únicamente de opinión de autores no preeminentes. Utilizando nuestra selección de publicaciones sobre eutanasia y suicidio asistido se hará seguidamente un estudio crítico teórico, temático general, y bioético y legal en particular.

Resultados y discusión

a) Estado de la cuestión

Para que sea posible la conducta eutanásica en cualquiera de sus formas (directa o activa, indirecta o pasiva, voluntaria o involuntaria) es necesaria la intervención médica. Así lo recoge expresamente la Organización Mundial de la Salud (OMS). También es necesaria una acción médica específica para que se puedan practicar el suicidio asistido y la sedación paliativa. Por esta última se entiende toda intervención médica destinada a aliviar de manera proporcional el sufrimiento refractario al tratamiento al final de la vida.

Emanuel *et al.* (1) describieron en 2016 el perfil de los pacientes que solicitaron la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en los países donde era legal. Según estos autores, ambas intervenciones se legalizaban cada vez más, pero seguían siendo relativamente raras y afectaban principalmente a sujetos afectos de cáncer. En Canadá se ha propuesto que el suicidio asistido y la eutanasia puedan ser realizados por personal no médico con licencia especial y solo con autorización judicial (2). Y en Alemania, desde 2020 los médicos pueden aconsejar a los pacientes sobre la eutanasia y el suicidio asistido y proveerlos de medicinas letales, aunque no administrárselas. Mención aparte merece la opción de “no-resucitación” cuando haya sido previa y debidamente elegida por el paciente, como sucede en Países Bajos.

Subrayamos ahora que tendría que descartarse clínicamente de forma preceptiva en todo solicitante de eutanasia o suicido asistido el llamado "trastorno de comportamiento suicida", aunque nada se menciona al respecto en la Ley española. El trastorno ha sido propuesto como posible afección psicopatológica, pero según los expertos necesita más estudios para poder ser incluido en el DSM-5 cuando se revise (3). Tras la Ley Orgánica 3/2021 tendrá que existir información al interesado acerca de los cuidados paliativos alternativos (art. 5.1b), aunque en ella no se prioriza ninguna opción.

Bélgica fue el primer país del mundo en legalizar en 2014 la eutanasia infantil al enmendar su ley de 2002. Algunos autores han planteado legalizar la eutanasia neonatal únicamente en circunstancias excepcionales (4). La eutanasia pasiva de recién nacidos suele aceptarse en muchos países. El Protocolo de Groningen (2005) legalizó en Bélgica la eutanasia de los menores de edad ante sufrimientos extremos de origen físico, mental o neurocognitivo, y pueden solicitarla los propios menores. Pero también se opina que en niños los cuidados paliativos son preferibles a la eutanasia.

En Holanda los menores pueden solicitar la eutanasia ellos mismos a partir de los 12 años, aunque el consentimiento de los padres o del tutor es obligatorio hasta que cumplan los 16. Los adolescentes de 16 y 17 años no necesitan el consentimiento de los padres, pero estos deberán participar en el proceso de toma de decisiones. A partir de los 18 años, los jóvenes tienen derecho a solicitar la eutanasia sin la intervención parental. En España, la Ley 3/2021, art. 5, exige ser mayor de edad para poder ser solicitante de ayuda para morir.

En el Reino Unido el Royal College of Physicians se opuso en 2006 y 2014 a cualquier cambio en la legislación vigente en el país sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Sostuvo que una atención paliativa y al final de la vida es lo más fundamental para brindar a los pacientes una razonablemente previsible muerte buena y digna (5). Para España y Latinoamérica se viene promocionando el programa "Todos Contigo", de la New Health Foundation, para el desarrollo del movimiento de comunidades y ciudades compasivas (6) que ayuden a las personas a vivir mejor la enfermedad avanzada y el periodo del final de la vida.

En España la Organización Médica Colegial se ha manifestado en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. Téngase en cuenta, sin embargo, que en todo el país hay en la actualidad pocas unidades hospitalarias específicas de cuidados paliativos con sus correspondientes equipos de soporte y, además, tampoco existen definición ni descripción homologadas de estos tipos variados de recursos.

Disponemos en nuestro país del Informe de la Situación Actual en Cuidados Paliativos, de 2014, y del análisis y evaluación de 2015 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL (7). Se reconocen por esta Sociedad en toda España un total de 284 recursos asistenciales de cuidados paliativos de distintos tipos.

Sin embargo, según sus propios criterios son muchos menos los que cuentan con equipos completos. Para comparar nuestro país con el conjunto de Europa puede consultarse el *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*, que fue encargado por la European Association of Palliative Care (8). En este atlas España ocupa el puesto treinta y uno, de cincuenta y un países europeos analizados.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad español publicó la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, con actualización 2010-2014. Como síntesis, se estima que tan solo un 50% aproximadamente de los pacientes ha tenido acceso a los cuidados paliativos cuando los ha precisado. Y se contempla la necesidad de un recurso de cuidados paliativos por cada 80 000 habitantes, que se incumple sobradamente.

En EE. UU. las sociedades médico-quirúrgicas resaltan los potenciales riesgos que se asumirían con la eventual legalización en su territorio del suicidio asistido y sugieren alternativamente mejorar también los cuidados paliativos (9). Al respecto, la International Association for Hospice and Palliative Care recomendó que las unidades de cuidados paliativos no debieran ser responsables de supervisar o practicar la eutanasia y el suicidio asistido (10).

En Suecia parece haber cierto cambio en los médicos hacia una actitud más tolerante con respecto al suicidio asistido (11). En Canadá, por último, la toma de decisiones sobre la eutanasia se enmarca típicamente en la díada paciente-médico, mientras que la tríada paciente-médico-familia parece más apropiada para describir lo que sucede realmente en la práctica clínica (12), al menos para los psiquiatras de ese país.

b) Consideraciones psiquiátricas

En el territorio europeo de Flandes la mayoría de médicos psiquiatras apoya la eutanasia, pero su disposición a asumir un papel formal o activo en los procedimientos relacionados específicamente con patologías mentales parece más limitada. Eso sucede a pesar de que en Bélgica se precisa en todos los casos al menos una intervención psiquiátrica que sea conforme (13-15).

En Holanda un número exponencial de personas diagnosticadas de demencia ha manifestado en la última década solicitud de eutanasia a su médico de atención primaria o geriatra (16). En ese país la creciente demanda de información, así como el aumento del número y complejidad de las solicitudes de eutanasia de personas con demencia, hacen que sea razonable la implicación de los médicos de la atención primaria (17). Por otro lado, existe cierta discrepancia entre la aceptación pública de la eutanasia en pacientes con demencia avanzada y la posibilidad de que los médicos la practiquen en esos pacientes (18,19), lo que previsiblemente será fuente de tensiones.

Por otra parte, en la reciente revisión narrativa de Mehlum (20) muy pocos solicitantes de eutanasia y suicidio asistido holandeses afectos de trastornos de la personalidad habían recibido alguno de los tratamientos pertinentes basados en evidencias. De hecho, hay numerosos datos empíricos que demuestran que las tendencias y comportamientos suicidas frecuentes en esos sujetos pueden ser tratados y fluctúan con el tiempo. En otro orden de cosas, según una actual revisión sistemática internacional sobre estudiantes de Medicina, las tasas más altas de aceptación para la eutanasia y el suicidio asistido ocurren en Europa (21). En Alemania, en 2015, incluso en esa población de estudiantes había bastante confusión al respecto (22).

En Países Bajos, por lo general la eutanasia y el suicidio asistido en pacientes psiquiátricos involucran a distintos médicos que no siempre están de acuerdo, y a veces ocurren incluso sin que haya habido intervenciones psiquiátricas independientes. En el estudio de 2020 de Nicolini (23) el 70% de los médicos que participaban en esas prácticas no eran psiquiatras.

Curiosamente, los llamados *Review Committees,* que suelen contar con un médico, un experto en bioética y un legista, generalmente aceptan en Países Bajos las solicitudes de los otros médicos que participan en tales actividades (24). Ya se ha producido alguna investigación criminal por el incumplimiento facultativo de los requisitos de asistencia en esos casos (25) y las penas que se pueden imponer contemplan hasta doce años de prisión por practicar eutanasia y hasta tres años por ayudar al suicidio.

Continuando con Holanda, en el suicidio asistido el médico proporciona la sustancia letal o medicamento, pero el paciente es quien se la administra. Si el grado o nivel de conciencia del enfermo no es óptimo, el médico puede ejecutar eutanasia, según establecen las directrices de la Royal Dutch Medical Association. La sedación paliativa no es una forma de eutanasia: el paciente simplemente queda inconsciente con medicamentos, por ejemplo para aliviar el dolor, y finalmente la muerte ocurre por causas naturales esperables.

Siguiendo en Países Bajos, la mayoría de las correspondientes solicitudes de eutanasia o suicidio asistido han sido rechazadas, principalmente porque resultó demasiado complejo poder evaluar los criterios asistenciales adecuados en el caso de patologías mentales diversas. Mayormente, los pacientes solicitantes con trastornos mentales sufrían los siempre problemáticos y desafiantes trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, y otros como las discapacidades intelectuales y los trastornos generalizados del desarrollo, en particular del espectro autista (26). También era común que presentaran múltiples comorbilidades tanto mentales como físicas (22,27).

Para la depresión clínica grave y resistente, muy en exclusiva, habrá que tener en cuenta los nuevos y resolutivos tratamientos farmacológicos con ketamina (28). Esto es sabido por los psiquiatras, pero no necesariamente por los médicos de otras

especialidades. En lo que respecta a Suiza, el primer caso de suicido asistido registrado se dio en 1985 y últimamente ha habido allí un aumento de los solicitantes de otros países como Alemania (29).

En Canadá se desconoce el apoyo de los psiquiatras a la asistencia médica para morir basada en trastornos mentales y en las creencias que pudieran influir en los solicitantes (12). Se está considerando incluir los trastornos mentales graves por sí mismos como criterio de elegibilidad para recibir tal asistencia. Pero eso no parece ser una opinión actual mayoritariamente respaldada por los psiquiatras canadienses y, según autores, no sería tampoco bioética ni necesaria (30). Otros han estimado que la psiquiatría podría involucrarse en la asistencia al final de la vida de modo más significativo y centrado en el paciente (31,32). Según una encuesta *online* de 2016, la mayoría de los psiquiatras canadienses no apoya la legalización de la asistencia médica en la muerte para los trastornos mentales con "sufrimiento intolerable", a pesar de avalar en términos generales esa modalidad de intervención (12).

Por cuanto respecta a la enfermería psiquiátrica, esta desempeña un papel importante a la hora de abordar el complejo asunto de las solicitudes de eutanasia, aunque la información disponible en Europa acerca de su disposición presuntamente favorable es muy limitada (33,34). Canadá fue el primer país del mundo en permitir que los enfermeros en ejercicio realizasen eutanasia (35). Recientemente se ha vertido al español la Attitude Towards Euthanasia Scale para ser usada también por el personal de enfermería (36). Respecto al papel que desempeñan las psicoterapias en general y los psicólogos en concreto lo comentaremos sucintamente al final del último subapartado.

c) Consideraciones bioéticas

No cabe duda de que la eutanasia y el suicidio asistido son actos moralmente contenciosos que generan importantes dilemas y debates médico-éticos, en los que se suelen esgrimir principios éticos complejos y potencialmente contradictorios (37). También son prácticamente inevitables en muchas personas las posturas *a priori* ideológicas, políticas, existenciales o religiosas. La World Medical Association (WMA) consideró en su 70.ª Asamblea General celebrada en Tbilisi (o Tiflis), capital de Georgia, en 2019, que la eutanasia y el suicidio asistido no son éticos.

La WMA estimó la eutanasia como el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, incluso si es a petición del mismo o de sus familiares cercanos. Esta concepción es análoga a la definición de "suicidio" del DSM-5. La WMA dictaminó que esto no es contradictorio con que el médico respete el deseo del paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de la enfermedad, ni tampoco se opone a la intervención médica en los cuidados paliativos.

Pueden consultarse al respecto las posiciones contrarias a la intervención médica favorecedora que se exponen en el *Manual de ética y deontología médica*, de la Organización Médica Colegial de España, de 2012 (38), así como en el último *Medical Ethics Manual* de la WMA, de 2015 (39). La WMA recuerda que la prohibición del médico de participar en la eutanasia y el suicidio asistido se recoge en el mismo juramento hipocrático. Tal prohibición ha sido reafirmada enfáticamente por la WMA en varias ocasiones anteriores a la ya citada de su 70.ª Asamblea General de 2019. En su 68.ª Asamblea celebrada en 2017 en Chicago, EE. UU., se aprobó una nueva versión de la Declaración de Ginebra, Suiza, de 1948, que es equivalente al juramento hipocrático y de carácter básicamente ético. Véase también el Código Internacional de Ética Médica adoptado por la 3.ª Asamblea General de la WMA en 1949.

El Comité de Bioética de España (CBE), que es un órgano consultivo adscrito al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se manifestó en contra de la eutanasia y del auxilio al suicidio en un extenso informe acerca del final de la vida, que fue aprobado en septiembre de 2020. El informe del CBE está en total congruencia con el de la WMA de 2019, antes referido. En el pronunciamiento del CBE se propuso alternativamente protocolizar la sedación paliativa. Por su parte, la junta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, AEBI, ha comunicado reiteradamente, por vez última en marzo de 2021, su total desacuerdo con la aprobada Ley 3/2021, tildándola de injusta y contraria al bien común de la sociedad española. Para algunos autores insignes que rechazan la Ley, esta no sería oportuna ni respondería a una verdadera demanda social (40).

La Sociedad Española de Psiquiatría, SEP, explicitó cinco conclusiones bastante críticas respecto a la Proposición de Ley Orgánica Sobre la Regulación de la Eutanasia, presentada y aprobada en el Congreso de los Diputados en 2020 (41). Con criterio opuesto a la SEP y otras, la asociación federal Derecho a Morir Dignamente, DMD, una organización española pionera desde 1984 en defensa de la despenalización de la eutanasia y la libre disposición de la propia vida, se ha pronunciado reiteradamente de modo favorable.

Lo cierto es que en la eutanasia los médicos involucrados, sean consultores o responsables, habrán de enfrentarse a un entrecruzamiento de presiones de muy diverso tipo. Las presiones estarán ligadas usualmente a hechos científicos o empíricos, valores o principios morales, y proposiciones, juicios deónticos o imperativos morales.

El rol de los valores éticos del médico interviniente con sus correspondientes imperativos de acción o proposiciones deónticas, es decir, normativas, tendrá que buscar su equilibrio óptimo en cada caso (42,43). Esto implicará aceptar los derechos del paciente y, cuando sea pertinente, disponer necesariamente de la capaci-

tación especializada oficial y adecuada para conocer y arbitrar sobre la naturaleza e implicaciones cognoscitivas y volitivas permanentes del trastorno o enfermedad del solicitante.

Por tanto y como posición bioética contraria a lo dicho por la mayoría de las distintas sociedades y comités mencionados hasta aquí, conviene tener presente que la lógica deóntica asume que si una acción es obligada también es permisible. En consecuencia, era necesaria una regulación legal específica como la que acaba de suceder en España con la Ley 3/2021.

Si aplicamos a la eutanasia la conocida falacia argumentativa de la "pendiente resbaladiza" o *slippery slope*, se asumirá con ella como inevitable una cadena de eventos posibles que conduciría con seguridad a abusos y muertes involuntarias. Esta equívoca argumentación ha sido señalada como la que se usa generalmente para explicar las diferentes actitudes y el rechazo hacia la eutanasia (44,45).

Para evitar esa argumentación falaz serán especialmente críticos y delicados el diagnóstico, pronóstico y los deseos explícitos manifestados por el sujeto para determinar el enfoque terapéutico más apropiado y las decisiones sobre el final de su vida. En particular será muy trascendente cuando los individuos estén afectos de alteraciones graves y crónicas de la conciencia (46). En efecto, como apoyo de la eutanasia y el suicidio asistido diversos autores cualificados opinan que no es aplicable en su contra el argumento de la pendiente resbaladiza (47). Por lo que respecta a la intervención médica se ha considerado que lo éticamente importante es la intención con la que se actúe (48).

La eutanasia, para acabar este subapartado, se puede considerar una forma de paternalismo "beneficiente", es decir, propia del principio ético de la obligación de actuar en beneficio de los demás. Podría parecer que con ella se provoca una interferencia paternalista de otros principios o deberes morales básicos *prima facie* (usando la extendida locución latina), lo que es incierto. Precisamente se pretende con la eutanasia aceptar y acatar la auténtica y veraz autonomía esencial del paciente, no de interferirla. En consecuencia, el verdadero conflicto bioético en la eutanasia no se produce entre paternalismo y su ausencia, sino acerca de la naturaleza, las condiciones y evaluación de la autonomía del paciente y del lugar que esta ocupa respecto a los demás principios morales.

d) Consideraciones tras la Ley Orgánica 3/2021

En España hay que tener presente asimismo la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser autónoma y con explícito consentimiento informado (49). Cuando

sea el caso, en nuestro país el suministrador de la sustancia letal en la eutanasia pasiva (desde la perspectiva legal) habrá de ser médico, enfermero o incluso técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), según el art. 3g, 2.ª de la Ley 3/2021.

Ciertamente, las tres categorías citadas son personal sanitario, que es como especifica que sea obligatorio la Ley 3/2021, art. 1. En particular, la enfermería psiquiátrica es una de las tres especialidades sanitarias de las ciencias del ámbito de la salud mental, junto con las propiamente facultativas que son la psiquiatría y la psicología clínica. Al menos se requerirá informar convenientemente al personal de enfermería (art. 8.2 de la Ley 3/2021).

Las funciones de los TCAE, en concreto, vienen recogidas en los art. 74-84, más en el 75.9 y el 75.13, con las prohibiciones referidas en el art. 85 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, de 1973. La Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, con última modificación en 2016, no ha cambiado esas funciones. Entre ellas está la de colaborar con el resto del personal sanitario, por lo que no hay impedimento legal para que puedan participar en la eutanasia y el suicidio asistido.

En cuanto a la cualificación, y como ya apuntábamos en el segundo subapartado de esta sección, hemos de recalcar que resulta evidente, salvo excepciones justificadas, que debería ser necesaria la intervención y dictamen de médicos especialistas en la rama de la patología y rango de edad de que se trate (por ejemplo, geriatras, oncólogos, psiquiatras, etc.).

Sin embargo, lo referido en el párrafo anterior no está especificado inequívocamente en las definiciones del médico responsable y del consultor recogidas en el art. 3d,e de la Ley 3/2021, por lo que en nuestro país los pacientes con trastornos mentales, en concreto, podrían ser más vulnerables (50). En efecto, según la Ley el médico consultor basta con que tenga "formación" en el ámbito de la patología en cuestión, no que haya de ser especialista titulado. Con lo que, en la práctica, cada cual podrá considerar a su criterio si cumple con la capacitación que tiene que declarar (art. 12b, 9.º).

Será preceptivo igualmente en España dictaminar sobre las capacidades cognoscitivas y volitivas del solicitante, lo que en medicina generalmente solo ha de elucidarlo debidamente un especialista en psiquiatría. Pero la Ley 3/2021 establece, a falta de protocolos de actuación específicos, que la "incapacidad de hecho" del peticionario será determinada por el médico responsable de aceptar o denegar la petición de ayuda para morir (art. 3d,e,h), aunque no sea psiquiatra ni se haya consultado a uno neutral y a pesar de que esa constatación en ocasiones podrá ser muy sutil o compleja.

Así pues, tendría que ser obligado el pronunciamiento específico de un psiquiatra imparcial como médico consultor en todos los casos, como sucede en Bélgica, muy en particular en el Hospital Universitario de Gante (13), con independencia

de la patología que sea principal en cada persona y del médico que sea el responsable legal. Y si específicamente el solicitante sufre de algún trastorno mental la valoración psiquiátrica habría de ser siempre obligatoria (41).

Respecto de los psicólogos, para finalizar, téngase en cuenta que únicamente tienen la categoría de personal sanitario los especialistas en psicología clínica y los psicólogos generales sanitarios, aunque estos últimos no son psicólogos clínicos especializados. Así lo estableció la Ley General de Salud Pública en 2011 y la Ley 3/2014 que la modificó en parte. Véase también el Real Decreto (RD) 1393/2007 por el que se estableció la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales en España y el Anexo I del RD 183/2008 por el que se determinaron y clasificaron las especialidades en ciencias de la salud. Por último, acerca de las terapias psicológicas al final de vida, puede consultarse a Saracino (51).

CONCLUSIONES

En la Ley española 3/2021 de regulación de la eutanasia se requiere que haya un sufrimiento intolerable del peticionario, lo que dependerá de factores personales, existenciales, sociales y culturales. En los art. 3b,c, y 5d se concretiza que el trastorno también tendrá que ser grave e incurable, es decir, refractario. El paciente ha de decidir que su patología le resulta intolerable y el equipo terapéutico tendrá que determinar que además es refractaria. Es a considerar que muchos problemas existenciales estimados subjetivamente o por terceros como extremos e insoportables, o que conllevan una esperanza de vida limitada, podrían ser mejor asumidos por los interesados si recibieran tratamiento adecuado, e incluso en ocasiones solo con el paso del tiempo.

Por ello es importante que se dé en todos los casos al menos una intervención consultora psiquiátrica neutral, con el objeto de determinar con mayor certidumbre la naturaleza verdaderamente insoportable del sufrimiento constante. Eso es lo crucial, más que si el malestar tiene origen mental o físico. El catalogado por muchos como "derecho a morir con libertad" dejará de ser libre si en el peticionario hubiera un estado mental morbosamente alterado e incapacitante pero potencialmente reversible según el mejor y concluyente conocimiento científico.

Frente a la respetable opinión o decisión por parte de cualquier médico involucrado consultado o responsable, existe desde el punto de vista bioético el deber fáctico y real de actuar de acuerdo con los propios principios. Naturalmente, resultan complejos los dilemas médico-éticos de los intervinientes. Por eso existirá en España, igual que en otros países, la posibilidad de anticipar la objeción de conciencia sanitaria según lo dispuesto en los art. 14, 16 y la disposición adicional séptima de la Ley 3/2021.

Para terminar y teniendo muy en cuenta las críticas y sugerencias que se han realizado hasta aquí, la Ley Orgánica 3/2021 recoge *grosso modo* y globalmente de forma mínimamente correcta, con omisiones y notables ambigüedades potencialmente conflictivas, los supuestos que hemos ido desarrollando. Por ello la Ley parece en conjunto oportuna, sintónica con la de otros países, adecuada en su esencia y básicamente no sesgada o inapropiadamente tendenciosa.

Bibliografía

(1) Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016; 316(1):79–90. Erratum en: JAMA. 2016;316(12):1319.
(2) Chan B, Somerville M. Converting the 'right to life' to the 'right to physician-assisted suicide and euthanasia': An analysis of Carter v Canada (Attorney General), Supreme Court of Canada. Med Law Rev. 2016; 24(2):143–75.
(3) Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed Suicide Behavior Disorder and other possible improvements. Front Psychiatry. 2021;11:499980.
(4) Vanden-Eijnden S, Martinovici D. Neonatal euthanasia: A claim for an immoral law. Clin Ethics. 2013;8(2-3):75–84.
(5) Porter K, Warburton KG. Physicians' views on current legislation around euthanasia and assisted suicide: Results of surveys commissioned by the Royal College of Physicians. Future Healthc J. 2018; 5(1):30–4.
(6) Librada-Flores S. A new method for developing compassionate communities and cities movement-"Todos Contigo" Programme (We are All With You): Experience in Spain and Latin America countries. Ann Palliat Med. 2018;7(Suppl1): AB004.
(7) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Análisis y evaluación de los recursos de cuidados paliativos de España. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, 2016.
(8) Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, et al. EAPC Atlas of palliative care in Europe 2019. Vilvoorde, BE: EAPC Press, 2019.
(9) Barsness JG, Regnier CR, Hook CC, Mueller PS. US medical and surgical society position statements on physician-assisted suicide and euthanasia: A review. BMC Med Ethics. 2020;21(1):111.
(10) de Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, et al. International Association for Hospice and Palliative Care position statement: Euthanasia and physician-assisted suicide. J Palliat Med. 2017;20(1):8–14.
(11) Lynøe N, Lindblad A, Engström I, Sandlund M, Juth N. Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: A cross-sectional study. BMC Med Ethics. 2021;22(1):86.
(12) Rousseau S, Turner S, Chochinov HM, Enns MW, Sareen J. A national survey of Canadian psychiatrists' attitudes toward medical assistance in death. Can J Psychiatry. 2017;62(11):787–94.
(13) Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: A systematic mixed studies review. BMC Med Ethics. 2019;20(1):23.
(14) Verhofstadt M, Audenaert K, van Assche K, Sterckx S, Chambaere K. Ghent University Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering. BMC Med Ethics. 2019;20(1):59.
(15) Verhofstadt M, Audenaert K, van den Broeck K, Deliens L, Mortier F, Titeca K, et al. Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia

assessment procedures with adults with psychiatric conditions: A survey. BMC Psychiatry. 2020;20(1):374.
(16) Schuurmans J, Bouwmeester R, Crombach L, van Rijssel T, Wingens L, Georgieva K, et al. Euthanasia requests in dementia cases; What are experiences and needs of Dutch physicians? A qualitative interview study. BMC Med Ethics. 2019;20(1):66.
(17) Schuurmans J, Crol C, Rikkert MO, Engels Y. Dutch GPs' experience of burden by euthanasia requests from people with dementia: A quantitative survey. BJGP Open. 2021;5(1):bjgpopen20X101123.
(18) Mangino DR, Nicolini ME, de Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(4):466–77.
(19) Brinkman-Stoppelenburg A, Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Physicians' and public attitudes toward euthanasia in people with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2020;68(10):2319–28.
(20) Mehlum L, Schmahl C, Berens A, Doering S, Hutsebaut J, Kaera A, et al. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: A review of current practice and challenges. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2020;7:15.
(21) Gutiérrez-Castillo A, Gutiérrez-Castillo J, Guadarrama-Conzuelo F, Jiménez-Ruiz A, Ruiz-Sandoval JL. Euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic review of medical students' attitudes in the last 10 years. J Med Ethics Hist Med. 2020;13:22.
(22) Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: Attitudes and knowledge of medical students. GMS J Med Educ. 2016;33(1):Doc11.
(23) Nicolini ME, Peteet JR, Donovan GK, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: The challenge of personality disorders. Psychol Med. 2020;50(4):575–82.
(24) Kim SY, de Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry. 2016;73(4):362–8.
(25) Miller DG, Dresser R, Kim SYH. Advance euthanasia directives: A controversial case and its ethical implications. J Med Ethics. 2019;45(2):84–9.
(26) Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: An examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). BMC Med Ethics. 2018;19(1):17.
(27) Evenblij K, Pasman HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. BMC Psychiatry. 2019;19(1):74.
(28) Siegel JS, Palanca BJA, Ances BM, Kharasch ED, Schweiger JA, Yingling MD, et al. Prolonged ketamine infusion modulates limbic connectivity and induces sustained remission of treatment-resistant depression. Psychopharmacology (Berl). 2021;238(4):1157–69.

(29) Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V. Assisted suicide in Switzerland: An analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(33-34):545–52.
(30) Simpson AIF. Medical assistance in dying and mental health: A legal, ethical, and clinical analysis. Can J Psychiatry. 2018;63(2):80–4.
(31) Duffy OA. The Supreme Court of Canada ruling on physician-assisted death: Implications for psychiatry in Canada. Can J Psychiatry. 2015;60(12):591–6.
(32) Strand M, Sjöstrand M, Lindblad A. A palliative care approach in psychiatry: Clinical implications. BMC Med Ethics. 2020;21(1):29.
(33) de Hert M, van Bos L, Sweers K, Wampers M, de Lepeleire J, Correll CU. Attitudes of psychiatric nurses about the request for euthanasia on the basis of unbearable mental suffering (UMS). PLoS One. 2015;10(12):e0144749.
(34) Schiller CJ, Pesut B, Roussel J, Greig M. But it's legal, isn't it? Law and ethics in nursing practice related to medical assistance in dying. Nurs Philos. 2019;20(4):e12277.
(35) Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. Nurs Ethics. 2020;27(1):152–67.
(36) Fernández-Martínez E, Fernández-Muñoz JJ, Romero-Blanco C, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD. Spanish version of the Attitude Towards Euthanasia Scale. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):3855.
(37) Kirchhoffer DG, Lui CW. Public reasoning about voluntary assisted dying: An analysis of submissions to the Queensland Parliament, Australia. Bioethics. 2021;35(1):105–16.
(38) Rodríguez-Vicente JM (coord). Manual de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España, 2012.
(39) Williams JR. Medical ethics manual. World Health Communication Associates, UK: World Medical Association, 3rd ed., 2015. [Trad. esp., Manual de ética médica, 3.ª ed., Asociación Médica Mundial, 2015.]
(40) Aznar J. Opinion of physicians and the general population of the legalization of euthanasia and assisted suicide. Cuad. Bioet. 2021; 32(104): 23-36.
(41) Sociedad Española de Psiquiatría, SEP. Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la "Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia". Madrid: SEP, 2021.
(42) Bertolín-Guillén JM. Fundamento bioético del tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario. Estudios para la Salud, N.º 26. Valencia, ES: Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES), Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, 2010.
(43) Martínez-Urionabarrenetxea K. Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):400–7. [Consultado 01 Sept. 2021]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-13081924
(44) Köneke V. Trust increases euthanasia acceptance: A multilevel analysis using the European Values Study. BMC Med Ethics. 2014;15:86.
(45) Reggler J. The slippery slope argument and medical assistance in dying. CMAJ. 2017;189(12):E471.

(46) Calabrò RS, Naro A, de Luca R, Russo M, Caccamo L, Manuli A, et al. The right to die in chronic disorders of consciousness: Can we avoid the slippery slope argument? Innov Clin Neurosci. 2016;13(11-12):12–24.
(47) Potter J. The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: A paragon of fallacious reasoning. Med Health Care Philos. 2019;22(2):239–44.
(48) Brassington I. What passive euthanasia is. BMC Med Ethics. 2020;21(1):41.
(49) Bertolín-Guillén JM. Informed consent and mental health, mainly in Spain, EU. Inter J Psychiat Ment Health. 2020;2(1):1–7.
(50) Alacreu-Crespo A, Giner L, Courtet P. ¿Los pacientes psiquiátricos son más vulnerables ante la ley de la eutanasia española? Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021. [Disponible online]. http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.003
(51) Saracino RM, Rosenfeld B, Breitbart W, Chochinov HM. Psychotherapy at the end of life. Am J Bioeth. 2019;19(12):19–28.